

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS
AMBULATORIALES – ECOENDOSCOPIA**

**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: INSTITUTO ECUATORIANO DE
ENFERMEDADES DIGESTIVAS GASTROCLINICA S.A.**

**SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO: CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIZADAS Y
PROCEDIMIENTOS MEDICOS AMBULATORIALES POR VIAS ENDOSCOPICAS Y
DIGESTIVAS**

NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE:

FECHA:HORA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE	EDAD/FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS		CEDULA

DIRECCION DOMICILIARIA DEL PACIENTE	CIUDAD	PROVINCIA	PAIS

TESTIGO	PARENTES CO	TELEFONOS	CEDULA

DIRECCION DOMICILIARIA DEL TESTIGO	CIUDAD	PROVINCIA	PAIS

REPRESENTANTE LEGAL	PARENTES CO	TELEFONOS	CEDULA

DIRECCION DOMICILIARIA DEL REPRESENTANTE LEGAL	CIUDAD	PROVINCIA	PAIS

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	LIBRO	FOLIO	NUMERO	TELEFONO S	CEDULA

TIPO DE ATENCION: AMBULATORIA HOSPITALIZADO

NOMBRE DEL DIAGNOSTICO:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO: ECOENDOSCOPIA

DEFINICION: La Ecoendoscopia Digestiva tiene como propósito principal examinar una lesión u órgano del cuerpo humano, cercana al tubo digestivo mediante ecografía y endoscopia de forma simultánea para diagnosticar determinadas enfermedades y lesiones biliares o del páncreas. Una vez identificadas, puncionarlas y drenarlas.

EN QUE CONSISTE? Se trata de una exploración utilizando un endsocopio flexible que tiene incorporado un transductor de ecografía en el extremo, lo cual permite realizar ecografías desde dentro del tubo digestivo. El ecoendoscopio se introduce por la boca. Se puede puncionar con una aguja fina la vía biliar o pancreática y, si es preciso, inyectar contraste en cualquiera de los conductos. De esta manera se pueden diagnosticar enfermedades

obstructivas (estrechamientos de origen benigno o tumoral) o roturas de esta vías y, en su caso, realizar el tratamiento adecuado mediante la colocación de dispositivos de drenaje temporales que se retirarán por vía endoscópica al cabo de unas semanas.

COMO SE REALIZA?

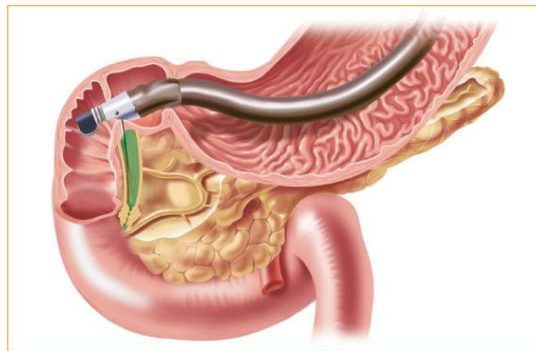
Días previos al procedimiento, se realizarán todos los exámenes, que incluyen laboratorio, valoración cardiovascular y RX de Tórax, deberá también poner en conocimiento del médico todos sus antecedentes patológicos personales, en caso de enfermedades previas.

El día del procedimiento ingresara a un área de preparación donde se le colocara una vía intravenosa a través de un catéter que se lo conectara a una solución intravenosa para hidratación, debiendo permanecer en el lugar hasta que sea trasladado al área de procedimientos médicos ambulatoriales.

En el área de procedimientos médicos ambulatoriales el anestesiólogo procederá a sedar al paciente, mediante la administración de medicamentos anestésicos, debiendo estar el paciente en posición decúbito lateral izquierdo.

Una vez sedado, se le colocara un protector bucal y el medico iniciara el procedimiento introduciendo el endoscopio y haciéndolo progresar a través del esófago y el estómago hasta el duodeno (primera parte del intestino delgado), en busca de alguna alteración.

GRAFICO DE LA INTERVENCION (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)



DURACION ESTIMADA DEL PROCEDIMIENTO MEDICO AMBULATORIAL

Tiempo aproximado de duración del procedimiento:

Los estudios endoscópicos de tipo diagnostico pueden durar aproximadamente entre 10 – 15 minutos.

Los procedimientos de tipo terapéutico, al ser realizados bajo sedación profunda o inclusive bajo anestesia general, su duración dependerá mucho del tipo de procedimiento propuesto, siendo este tiempo variable, generalmente mayor de 15 minutos.

Tiempo de recuperación:

El tiempo de recuperación dependerá del tipo de procedimiento realizado y del tipo de anestesia y pueden variar entre treinta y cuarenta cinco minutos, y en los casos de tratamiento entre sesenta y ciento veinte minutos.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO MEDICO:

El estudio permite la visualización directa del interior del tubo digestivo alto, la toma de biopsias y un diagnóstico específico de las patologías digestivas, así como un diagnóstico precoz de las enfermedades malignas del páncreas y vías biliares.

RIESGOS FRECUENTES (pocos graves): Pueden presentarse eventos adversos relacionados con el procedimiento como: sangrado

Dolor de la vía oro faringe (garganta), sensación de distensión abdominal por gases.

RIESGOS POCOS FRECUENTES (graves): perforación los mismos que son raros, sobre todo en los procedimientos de tipo terapéutico, con una tasa global de complicaciones baja (0,02-0,54 %), siendo la mortalidad del 0,0014 %.

Se incluyen: lesión de la pared del tubo digestivo, sangrados tras la toma de muestras que ceden espontáneamente.

DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc): Un 0,27 % son complicaciones son de origen cardiopulmonar y están relacionadas con la sedación. Estas complicaciones son más frecuentes en los pacientes con enfermedades asociadas. Las que aparecen más a menudo son: hipoxemia, hipotensión, arritmia, episodios vasovagales y aspiración broncopulmonar.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

Entre las alternativas al procedimiento se encuentran: la ecografía, tomografía axial computarizada (TC), resonancia magnética (RM), colangio-pancreato resonancia magnética (CRM), la colangio transparietohepática, el intervencionismo radiológico, la endoscopia simple y la intervención quirúrgica.

Sin embargo, en este caso particular este es la técnica más adecuada debido a la visualización directa de los órganos y la toma de muestras sin efectos adversos de importancia.

DESCRIPCION DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:

Luego del procedimiento, el paciente es trasladado a la sala de recuperación en donde después de recuperar su nivel de conciencia después de la sedación y comprobada su recuperación, puede ser dado de alta en compañía de su acompañante.

CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Mal diagnóstico, diagnóstico errado o diagnóstico tardío de enfermedades del páncreas y vías biliares.

SEDACION: La exploración se realiza con diferentes grados de sedación, salvo negativa expresa del paciente, siendo responsabilidad expresa de un especialista del Servicio de Anestesiología. Se consigue mediante la administración de fármacos en dosis adecuada para cada paciente, siendo el anestesiólogo junto al personal asistencial de la Unidad los encargados de realizar y controlar mediante la monitorización correspondiente el proceso de sedación, siendo el propósito el de proporcionar un estado confortable sin dolor, teniendo en cuenta que no siempre es posible predecir el punto de transición entre la sedación moderada y la profunda o la anestesia general, por lo que se recomienda siempre acudir acompañado para la realización del estudio antes mencionado. De la misma manera se recomienda permanecer acompañado durante las siguientes doce horas, no pudiendo reincorporarse a las actividades habituales hasta pasado este periodo.

El que suscribe, (nombre del paciente) con cedula de ciudadanía No., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el **DR.(NOMBRE DEL DOCTOR CON REGISTRO SANITARIO No., parte del personal médico del INSTITUTO.....)** me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y fines del procedimiento de Endoscopia Alta, así como los riesgos existentes, las posibles molestias y complicaciones, de un evento que es el más adecuado para mi situación clínica actual. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir una intervención quirúrgica, así como las consecuencias previsibles de su realización. También se me ha explicado sobre las posibles alternativas a la conducta medica propuesta, siendo absueltas todas mis inquietudes y preguntas de forma satisfactoria.

Entiendo que, en el curso del procedimiento médico, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos diferentes a los planificados y que podrían ocasionar inclusive la muerte como posibilidad remota. También entiendo que no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o terapéuticos previstos. También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que ello se menoscabe la atención medica prestada.

Declaro que he comprendido perfectamente todo lo anteriormente expuesto, que he podido aclarar las dudas planteadas, **por lo que doy mi consentimiento** para que se realice el procedimiento medico antes mencionado y para que así conste, firmo el presente documento después de haberlo leído detenidamente, liberando de toda responsabilidad civil, penal, o administrativa, que pudiese derivarse de caso fortuito, fuerza mayor o evento imprevisible, incontrolable o fuera del alcance de la capacidad humana y profesional a médicos y personal paramédico que participen en el proceso.

Además con plena voluntad y conciencia, doy mi Consentimiento para que se me realice **los procedimientos endoscópicos digestivos adicionales, entre los más frecuentes que se podrían presentar en caso necesario y según la condición médica del paciente están:** punción con una aguja fina la vía biliar o pancreática y, si es preciso, inyección de contraste en cualquiera de los conductos. De esta manera se pueden diagnosticar enfermedades obstructivas (estrechamientos de origen benigno o tumoral) o roturas de esta vías y, en su caso, realizar el tratamiento adecuado mediante la colocación de dispositivos de drenaje temporales que se retirarán por vía endoscópica al cabo de unas semanas, entre otros y que contribuyan a mejorar mi salud. Por lo tanto, expresamente **LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD al Dr. con registro sanitario No. y al INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS GASTROCLÍNICA S. A.**, así como a todo su personal médico y paramédico, por cualquier contingencia que se presente en mi salud o en mi vida, por la aplicación del tratamiento antes señalado.

Declaración de Consentimiento Informado **Fecha:** _____ **Hora:** _____

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo **con los procedimientos médicos ambulatorios** que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en que consiste, los beneficios y los posibles riesgos **de los procedimientos médicos ambulatorios**. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que, durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre Completo del paciente
según

Cedula de ciudadanía

Firma del paciente o huella,
el caso

Nombre del Medico
profesional

Cedula de ciudadanía

Firma, sello y código
Del Medico

Si el paciente no está en capacidad de firmar el consentimiento informado:

Nombre Completo del Representante Legal
representante

Cedula de ciudadanía

Firma del
legal

**(Si el paciente es menor de edad o presenta una incapacidad: Firma del padre/s,
tutor o encargado, firma por el paciente y firma del Representante Legal)**

Parentesco con el Paciente: _____

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA _____

HORA

Una vez que he entendido claramente **los procedimientos médicos ambulatoriales (ENDOSCOPIA**) propuestos, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende por no realizar la intervención sugerida.

Nombre Completo del paciente
el

Cedula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según
Caso.

Nombre del Médico
profesional

Cedula de ciudadanía

Firma, sello y código

Del Medico

(Si el paciente es menor de edad o presenta una incapacidad: Firma del padre/s, tutor o encargado, firma por el paciente y firma del Representante Legal)

Nombre Completo del Representante Legal Cedula de ciudadanía Firma del representante legal

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo del testigo Cedula de ciudadanía Firma del Testigo

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha _____ y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con los procedimientos médicos ambulatoriales y que doy por finalizado en esta fecha _____.
Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre Completo del paciente Cedula de ciudadanía Firma del paciente o
huella, según el caso

Si el paciente no está en capacidad de firmar la revocatoria del consentimiento informado:

Nombre Completo del Representante Legal Cedula de ciudadanía Firma del representante legal